

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 janvier à 1 heure

PAR

ALBERT Ramon

Né à Palizada (Mexique), le 15 Mars 1869

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINO-VAGINALE

Méthode PÉAN

DANS LES CAS DE GROS FIBROMES UTÉRINS

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. } FOURNIER, professeur,
 } BRISSAUD et TUFFIER agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 janvier à 4 heures

PAR

ALBERT Ramon

Né à Palizada (Mexique), le 15 Mars 1869

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINO-VAGINALE

Méthode PÉAN

DANS LES CAS DE GROS FIBROMES UTÉRINS

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. } FOURNIER, professeur,
BRISAUD et TUFFIER, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	Ch. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.	CHARCOT.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET	MARFAN.	RETTIERER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE	JALAGUIER.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DÉJERINE.			

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PREMIERS MAÎTRES

LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

MM. AUG. OLLIVIER ET LEJARS

TÉMOIGNAGE DE MA GRATITUDE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Officier de la Légion d'Honneur

CHAPITRE I

INTRODUCTION

En choisissant pour sujet de notre thèse inaugurale, l'hystérectomie abdomino-vaginale, nous nous sommes proposé un double but : d'abord, fixer autant que possible l'historique de cette méthode et montrer la part considérable qui revient à notre maître le D^r Péan dans l'application de ce procédé ; en second lieu, faire voir que cette opération doit être à l'avenir substituée à l'hystérectomie abdominale partielle et totale, grâce à la facilité plus grande qu'on a à l'exécuter, grâce aussi aux meilleurs résultats qu'elle a donnés.

Depuis qu'elle est née, l'hystérectomie a subi de nombreuses modifications qui toutes ont eu pour but de mettre cette opération, hier encore le privilège de certains maîtres, à la portée de tous les chirurgiens.

Toutes les modifications apportées à la méthode ont eu en vue le pédicule. C'est là en effet que gisent non seulement les difficultés, mais aussi les accidents et les complications redoutables si souvent funestes aux opérées.

Aussi après avoir abandonné la méthode extra-pé-

ritonéale pour laisser le pédicule dans la cavité abdominale, après lui avoir fait subir divers traitements, les chirurgiens découragés par les complications encore si fréquentes, ont-ils proposé l'hystérectomie totale, la seule opération permettant d'enlever la source des hémorrhagies et de l'infection.

L'hystérectomie totale, la seule opération rationnelle pour les gros fibrômes, peut se faire soit par l'abdomen soit par le vagin.

La première voie, préconisée d'abord par Bardenheuer consiste à enlever la totalité de l'utérus, y compris les tumeurs fibreuses par la laparatomie : évidemment il s'agit là d'une opération logique, radicale, supprimant le mal dans sa totalité et l'infection dans sa source, mais des difficultés opératoires considérables se présentent dans l'application de cette méthode ; la blessure d'organes importants, les manipulations prolongées, les contacts trop répétés avec le péritoine constituent une gravité toute particulière : on n'a qu'à consulter les statistiques des chirurgiens qui l'ont pratiquée pour se rendre un compte exact de sa gravité.

La seconde voie, indiquée d'abord par Kottmann, suivie par Péan qui donne à l'opération le nom de castration utérine et que le maître applique avec tant de succès aux suppurations pelviennes, cette voie, disons-nous, n'est pas toujours applicable dans les cas de fibrôme. Il faut, nous dit Péan, qu'il n'y ait pas d'adhérences par trop nombreuses, que l'utérus ait conservé quelque peu de sa mobilité, et de plus qu'il

ne soit pas très volumineux. Dans le cas contraire, il faudra opérer par l'abdomen.

Nous sommes donc en présence de toute une catégorie de cas où l'opération est impossible par le vagin : ce sont les cas où il s'agit de corps fibreux plus ou moins volumineux, mais à pédicules étroits, sur lesquels une simple ligature peut suffire.

Dans ces cas ça sera la laparatomie, il ne s'agit plus d'hystérectomie. Dans d'autres, le corps fibreux par son volume, par sa situation par rapport au reste de l'organe, par l'infiltration généralisée fibromateuse, n'est pas opérable par le vagin, il reste la voie abdominale. Dans ces cas, jusqu'à présent, on pratiquait l'hystérectomie supra-vaginale partielle avec fixation des pédicules à la paroi. Cette méthode qui a joui pendant longtemps d'une grande faveur auprès des chirurgiens, doit faire place aujourd'hui à une opération plus logique, plus radicale, plus complète dans ses résultats. L'hystérectomie supra-vaginale partielle avec pédicule intra-péritonéal était destinée dans son origine à suppléer à tous les inconvénients que présentait l'hystérectomie à pédicule externe.

Pendant les premiers temps, elle eut une certaine vogue, mais aujourd'hui, certains chirurgiens qui l'avaient employée au début, l'ont abandonnée pour revenir à l'ancienne méthode.

Devant l'incertitude de toutes ces méthodes opératoires, on a cherché une voie nouvelle qui permit une ablation plus complète et une mortalité moindre. Cette voie nouvelle, voie abdomino-vaginale, a ses

indications et sa technique opératoire qu'il importe de fixer aujourd'hui. C'est grâce aux conseils de notre maître M. Péan, dont la pratique est déjà grande dans cette voie nouvelle, que nous allons tâcher de donner une esquisse aussi complète que possible d'une opération qui nous paraît devoir être substituée très rapidement à toutes ces méthodes employées jusqu'à nos jours.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Si on fouille les annales de la science en cherchant des documents pour servir à l'histoire de cette méthode, nous trouvons qu'en 1839, Delpech s'en sert le premier dans un cas de cancer de l'utérus.

En 1867 Péan, fit l'ablation totale de l'utérus par les voies hypogastriques. Neuf ans plus tard, Hennig opéra avec succès par la méthode de Delpech une femme de 45 ans. Cette méthode a été défendue par Linkeneld (*Cent. für, Gynäk.*, 1881) et par Rydiger. (PÉAN, *Leçons de clinique chirurgicale*. T. 4).

En dehors de ces trois cas, il nous faut arriver jusqu'en l'année 1882 pour trouver un travail plus complet ayant trait à la question.

Ce travail est de Bardenheuer et a été publié dans le *Cent. für Gynäk.*, en 1882.

Dans ce mémoire, l'auteur propose, après avoir dégagé le pédicule de ses attaches, de l'enlever soit par le vagin soit par l'abdomen, et principalement par cette dernière voie.

Léopold a eu par cette méthode 14 succès sur 17 opérati. ns, Fritsch se montre partisan de ce procédé,

Après ce travail, il faut atteindre l'année 1889 pour trouver de nouveau mentionné le procédé de Bardenheuer. C'est Martin qui le défend chaudement devant la réunion des naturalistes allemands tenue à Heidelberg. En 1890, Crofford apporte une observation et plaide en faveur de la méthode abdomino-vaginale, parce que, dit-il, il est temps de laisser les modifications plus ou moins compliquées dans le traitement du pédicule. (*Am. J. of. obst.*)

Si nous en croyons Pozzi, le chirurgien de Berlin enlève le pédicule par l'abdomen après qu'un aide l'a libéré de ses attaches par le vagin. Tous ces faits, on peut le voir, n'ont qu'une relation bien éloignée avec l'opération que nous préconisons; Bardenheuer, Léopold, Fritsch, Martin ne semblent avoir d'autre but que de diviser l'acte opératoire en deux temps: hystérectomie supra-vaginale; puis extirpation du pédicule soit par le vagin, soit plutôt par l'abdomen.

Bouilly, au *Congrès de Chirurgie* de 1891, fait une communication sur le sujet qui nous occupe. Il s'agissait d'un gros fibro-myome, qu'il a enlevé mi-partie par l'abdomen, mi-partie par le vagin. A ce propos, il dit que c'est là une opération de nécessité, mais que cependant son application pourrait être généralisée.

La même année, dans le *Lyon médical* (19 juillet 1891), M. Goullioud fait paraître un article dans lequel il prône l'hystérectomie abdomino-vaginale dans les cas de gros fibromes. Il donne même une technique opératoire.

Cet auteur rappelle d'ailleurs la communication de Bouilly, et il est à regretter qu'il n'ait point eu à sa connaissance les faits de Péan, car il aurait pu se convaincre que la méthode était depuis quelques temps appliquée par le chirurgien de Saint-Louis.

Cette année même, en 1892 (*Nouvell. Archiv. d'obst. et de Gynécol.*, juin), M. Camelot fait un parallèle entre l'hystérectomie abdominale totale et l'hystérectomie abdomino-vaginale, procédé que, dit-il, on pourrait appeler procédé de Péan.

Cet auteur conclut à la supériorité de la méthode employée par Bardenheuer et Martin, en Allemagne; Guémzonzprez, de Lille en France (thèse de Duval, 92); parce que, dit-il, le procédé de Péan est plus difficile.

CHAPITRE III

CRITIQUE DES AUTRES MÉTHODES

Il n'est pas besoin d'insister pour voir que, ici comme partout, l'idéal est l'ablation complète. Par conséquent, toute méthode qui remplira ce but sera par ce seul fait supérieure.

Il s'ensuit que l'hystérectomie abdominale partielle n'est qu'un pis-aller.

Et pourtant elle a de nombreux partisans. Cela tient sans doute à ce qu'elle a été la première opération qui ait donné de bons résultats. Et puis les chirurgiens se sont vite habitués à la pratiquer, et il leur est difficile d'abandonner un terrain qu'ils connaissent bien pour se lancer dans l'inconnu. Et pourtant à quels déboires n'expose-t-elle pas ?

Si on fixe le pédicule en dehors de la cavité et on n'y arrive pas toujours, c'est l'hémorrhagie, c'est surtout le sphacèle, la gangrène avec les hémorrhagies secondaires qui menacent. C'est encore une fistule vagino-abdominale. C'est enfin pour plus tard une éventration qui se présente en perspective.

Si d'autre part on abandonne le pédicule dans la

plaie, après lui avoir fait subir un des nombreux traitements imaginés pour l'isoler, c'est encore l'hémorragie qui est à redouter. Ajoutons à cela l'infection possible sur la cavité du col insuffisamment abrasée et nous avons le tableau abrégé de tous les accidents à redouter.

Boisleux (*Nouvelles archives d'obst.* 1890), n'a-t-il pas montré par des inoculations de fragments du col pris dans les hystérectomies totales de Martin que 7 fois sur 10 il y avait des agents pathogènes dans la partie du col qui aurait constitué le pédicule? C'est pour parer à tous ces inconvénients qu'on a proposé de renverser le pédicule dans le cul-de-sac postérieur (Meinert, 1885) ou bien dans le cul-de-sac antérieur, après avoir décollé la vessie (Byford, 1890).

Mais ces tentatives n'ont pas donné de bons résultats et on les a abandonnées à juste titre.

Aussi s'est-on décidé à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale en un seul temps ou bien en deux temps. En supprimant le pédicule on prévient du même coup, tous les accidents, toutes les complications inhérentes à la conservation de ce pédicule.

En un mot, on faisait une opération idéale.

Quels sont donc les avantages de l'opération que nous préconisons, c'est-à-dire de l'hystérectomie abdomino-vaginale sur l'hystérectomie abdominale totale?

C'est ce que nous allons essayer de démontrer.

CHAPITRE IV

MANUEL OPÉRATOIRE

Comme son nom l'indique, cette opération comprend deux temps distincts l'un de l'autre ; Dans un premier temps on fait l'hystérectomie suprà-vaginale, dans un second temps le morcellement par le vagin du col de l'utérus et de tout ce qui reste de la tumeur.

Voici, plus détaillée, la marche à suivre dans chacun de ces deux temps :

Lavages répétés au savon, sublimé et alcool pour bien désinfecter la peau.

Inciser la paroi abdominale depuis le pubis jusqu'à l'ombilic qu'on dépassera (à gauche) comme toujours) si le volume de la tumeur le nécessite.

Inciser l'apo-névrose sur la ligne blanche y compris le tissu sous-péritonéal.

Ouvrir le péritoine avec soin à l'aide de ciseaux, les doigts servant de conducteurs et placer une éponge ou une compresse bien aseptiques au niveau de l'angle supérieur de la plaie abdominale; un aide la maintiendra pour s'opposer à la sortie des intestins :

Nous avons la tumeur sous les yeux.

Deux cas peuvent se présenter :

1° La tumeur est unique,

2° La tumeur est composée de plusieurs lobes.

Voici la conduite à suivre dans le premier cas :

Après avoir détaché les adhérences, s'il y en a, avec le doigt, les ciseaux ou le bistouri, on embroche la tumeur à l'aide du gros trocart courbe à manche du D^r Péan et on l'attire au dehors en lui imprimant un mouvement de bascule ; ceci fait, on place une ligature élastique aussi bas que possible près du col de l'utérus et on la serre fortement en la maintenant avec une forte pince.

Exciser par morcellement toute la portion de la tumeur de l'utérus située au-dessus à quelques centimètres de la ligature.

La tumeur est multilobée, dans ce cas il faut pratiquer son ablation, progressivement après avoir placé une ligature à la base de chacun des lobes.

Comme dans le cas de fibrome unique, une ligature est placée près du col de l'utérus et comme précédemment l'ablation est pratiquée au-dessus.

Si le pédicule est volumineux, il est prudent d'appliquer une seconde ligature élastique au dessous de la première.

Il ne nous reste qu'un moignon d'une certaine épaisseur.

On prend alors un fil métallique double enfilé dans une forte aiguille courbe avec laquelle on traverse le pédicule d'avant en arrière immédiatement

au-dessus de la ligature élastique, puis on coupe le fil pour retirer l'aiguille.

On aura soin de comprendre dans la ligature le ligament large qu'on ferme par torsion à l'aide d'un serre-nœud.

On sectionne d'un coup de ciseaux à 1 centimètre environ du pédicule, le paquet ainsi entortillé des fils métalliques.

Quelquefois, le volume du pédicule oblige à multiplier le nombre des fils métalliques pour arriver à bien assurer l'hémostase ; ainsi nous avons vu M. Péan en placer jusqu'à quatre.

Ce temps opératoire exige beaucoup d'attention car au moment où l'on serre les fils il peut arriver qu'ils viennent à casser. On est alors obligé de placer un nouveau fil d'où une perte de temps préjudiciable. Il faut donc avoir sous la main des fils de très bonne qualité qui puissent résister à la torsion sans se rompre. M. Péan se sert d'un serre-nœud qu'il a fait construire à cet effet ; tout autre serre-nœud pourrait être employé à sa place.

Les difficultés qui se présentent quand on procède à l'application de la ligature métallique, ont suggéré à certains chirurgiens de remplacer ce mode de ligature par un autre, nous voulons parler de la ligature élastique d'attente. Ce procédé consiste après l'ablation de la tumeur abdominale à resserrer encore davantage la ligature élastique appliquée dès le début de l'opération ; puis à substituer à la pince un très fort fil de soie qui aura pour but de maintenir fortement serrés les deux chefs du tube en caoutchouc. Cette méthode

présente un avantage sérieux : c'est celui de supprimer toutes les manœuvres un peu longues que nécessite la ligature métallique. Mais le reproche qu'on doit lui adresser est le suivant : au moment où on procède à la libération du cöl un coup de ciseaux malheureux risque d'atteindre le tube en caoutchouc et supprimer du même coup l'hémostase.

Quand l'effondrement du cul-de-sac antérieur ou postérieur est facile, par suite du petit volume du pédicule, pareil accident n'est pas à craindre malgré qu'on soit encore obligé de prendre quelques précautions au moment où on fait passer l'écarteur à travers le cul-de-sac péritonéal ; mais lorsqu'en raison du volume considérable du pédicule on est obligé de pratiquer le morcellement, on n'arrive pas du premier coup sur le lien élastique. Le bistouri qui évide le moignon s'égare facilement un peu trop haut et coupe le lien.

C'est là un inconvénient dont on comprend la gravité et la raison pour laquelle M. Péan donne la préférence au lien métallique.

La ligature une fois faite, soit qu'on emploie un tube élastique, soit plutôt qu'on se serve du lien métallique, il est bon de s'occuper avant d'aller plus loin de l'antisepsie du moignon.

On lave soigneusement la surface de section avec des éponges imbibées de sublimé au millième. Ce lavage est d'autant plus important que l'intérieur du moignon est en communication avec l'air extérieur

par l'intermédiaire de la muqueuse intra-utérine. On pourrait encore si l'on voulait pousser l'asepsie et l'antisepsie plus loin, cautériser cette muqueuse avec le thermo-cautère et la saupoudrer d'iodoforme ou de salol.

Cependant en vertu de la position déclive du champ opératoire, qui a sur le drainage une influence considérable, en vertu surtout de l'isolement de l'intestin qui reste en dehors du petit bassin, ce moyen est peut-être pratiquement efficace.

Un autre procédé, plus long, présenterait plus de sécurité; il consisterait après cautérisation préalable, à suturer les deux tranches péritonéales du moignon comme dans les cas d'hystérectomie abdominale partielle par le procédé du pédicule intra-péritonéal. Il est certain que l'asepsie serait plus complète. Mais dans une opération qui malgré tous les perfectionnements possibles, restera toujours une opération grave, on doit prendre en considération la durée de l'anesthésie chloroformique.

Suture de la paroi abdominale.

Après qu'on a achevé la toilette du péritoine et assuré l'asepsie du moignon, on procédera sans perdre de temps à l'occlusion du ventre. Les trois quarts supérieurs de la plaie seront traités comme à l'ordinaire, soit qu'on emploie la méthode à deux (Péan) ou à trois étages (Pozzi).

Quant au quart inférieur on devra pratiquer une

suture provisoire profonde, et serrer modérément les derniers fils à l'aide de pinces de façon à permettre au chirurgien d'arriver promptement sur la source de l'hémorrhagie, dans le cas où un accident de cette nature viendrait à se produire au cours de l'ablation du pédicule par le vagin.

Il nous semble que les hémorrhagies formidables, dont par le volontiers, certains chirurgiens, comme pouvant devenir une complication sérieuse, voire même mortelle de l'opération de Péan, ne sont nullement redoutées, grâce à cette précaution. La suture abdominale, une fois terminée, on fera un pansement provisoire à la gaze iodoformée pour isoler la plaie pendant les manœuvres et les changements de positions que nécessitera le deuxième temps opératoire.

Deuxième temps de l'opération. — Ablation du pédicule par la voie vaginale.

Nous allons exposer en détail cette deuxième partie de l'opération d'après les données de M. Péan.

Aseptiser le vagin par lavages répétés, placer la malade dans la position latérale gauche.

Un aide relèvera la fesse droite pendant tout le temps de l'opération.

Introduire d'abord une valve appliquée contre le pubis qui servira pour relever la vessie.

L'opérateur place ensuite deux valves plus petites de façon qu'elles se touchent par un de leurs bords au niveau de la colonne postérieure du vagin et les

confié à des aides exercés qui les maintiendront dans cette position en ayant soin de n'appuyer que très doucement sur les culs-de-sac vaginaux.

L'opérateur saisira alors le col de l'utérus avec deux fortes pinces de Museux, l'une appliquée sur la lèvre antérieure, l'autre appliquée sur la lèvre postérieure.

Désinsérer ensuite le vagin au pourtour du col au moyen d'un bistouri droit à long manche.

Un détail très important à ce moment là, est de commencer l'incision très près de l'orifice utérin, de façon à éviter la blessure de la vessie et du rectum dans le cas de prolapsus de ces organes.

C'est en effet pour avoir méconnu ces détails que certains opérateurs ont eu à déplorer des accidents plus ou moins graves.

Pendant que la main gauche, armée des pinces de Museux, maintiendra le col abaissé, et que les aides laisseront venir en quelque sorte les culs-de-sac vaginaux, en modérant la pression des écarteurs, la main droite procédera au décollement des tissus qui recouvrent les surfaces antérieure et postérieure du pédicule jusqu'aux culs-de-sac péritonéaux.

Il faudra pour ce temps délicat de l'opération se servir tantôt de longs ciseaux, tantôt de l'ongle du pouce. Quand on se servira des ciseaux, il faudra aller par petits coups en portant la pointe plutôt vers l'utérus dans la crainte d'ouvrir la vessie ou le rectum.

La désinsertion du col doit être poussée haut en avant et en arrière, sur les côtés au niveau des ligaments larges.

La désinsertion de ces derniers sera plus limitée en raison des vaisseaux juxta-utérins. Il faudra avoir soin de placer des pinces à mors droits pour les détacher par étages des bords latéraux de l'utérus.

Lorsque les culs-de-sac, antérieur et postérieur, seront bien décollés et qu'on sentira qu'on n'est pas loin du péritoine, il faudra lâcher les ciseaux pour ne plus les reprendre.

A ce moment, deux cas peuvent se présenter : ou bien le pédicule sera volumineux, difficilement abaissable, impossible à faire passer par la brèche vaginale ; ou bien au contraire, on sera en présence d'un pédicule de petit volume, abaissable et mobilisable facilement.

La conduite à tenir dans le premier cas s'impose : il faut faire la réduction de la tumeur, en un mot en pratiquer le morcellement. C'est la seule méthode dont l'exécution pourra permettre de mener à bien la fin de l'opération. Nous allons y revenir.

Dans le second cas, il n'est pas nécessaire d'y recourir ; voilà comment on doit procéder quand on se trouve en présence d'un petit pédicule : suivant qu'on aura eu plus de facilité à décoller le vagin en avant ou en arrière, on procédera à l'effondrement du cul-de-sac péritonéal correspondant.

Pour arriver à ce résultat, il faut prendre un écarteur à lame étroite qu'on poussera doucement en rasant la face antérieure ou postérieure de l'utérus, jusqu'à ce qu'il ait pénétré dans la cavité abdominale. Ce passage de l'écarteur du vagin dans le ventre

est facilement appréciable à une main exercée, la main éprouve en effet à ce moment, une sensation de résistance vaincue et une mobilité caractéristique de l'extrémité de l'écarteur. Quelquefois, l'extrémité mousse de l'écarteur en repoussant le cul-de-sac péritonéal s'en coiffe pour ainsi dire, et alors on peut croire à tort que le péritoine est ouvert. Le chirurgien ne commettra cette erreur qui pourrait être très préjudiciable au mouvement de bascule du moignon pour les raisons qu'on comprendra facilement en examinant de très près la surface de l'organe. On voit dans ce cas une fine enveloppe qu'on peut faire glisser aisément sur le plan sous-jacent. Ce n'est pas la vessie, c'est le cul-de-sac du péritoine que l'écarteur a fait rebrousser sur l'utérus. La minceur du feuillet qu'on a sous les doigts constitue un indice certain qu'il ne s'agit pas là de la vessie dont les parois épaisses et charnues donnent une sensation toute différente.

Cette constatation une fois faite, d'un petit coup de ciseaux, on ouvre le péritoine et à travers cette petite fenêtre on voit nettement ou le lien pédiculaire qui servira de point de repère, ou bien si ce dernier est placé plus haut, la face lisse et brillante de l'utérus. Alors l'écarteur à lame étroite est retiré et poussé à travers l'orifice péritonéal dont il va agrandir les dimensions.

Dans cet effondrement du cul-de-sac, il est de la plus haute importance que l'écarteur ne soit pas

poussé trop brusquement, car la ligature pourrait être accrochée et l'hémostase compromise.

Ceci fait, on fait basculer le pédicule dans le cul-de-sac vaginal qui a été ainsi ouvert : pour cela le crochét dont se sert M. Péan est le plus souvent suffisant.

Dans d'autres cas, il faudra multiplier les surfaces de traction par l'application d'une ou de plusieurs fortes pinces de Museux.

Une fois le pédicule dans le vagin, on complète l'hémostase en pinçant et en détachant le plus tôt possible les ligaments larges par leur bord supérieur.

Le mouvement de torsion et de bascule du pédicule amène sous l'œil du chirurgien les parties qui doivent être pincées.

L'application des pinces se fera méthodiquement en rasant de près l'utérus afin d'éviter l'uretère.

Comme la malade se trouve dans le décubitus latéral gauche, ce sera le ligament large droit qui se présentera le plus souvent le premier, celui-ci une fois pincé et sectionné, on continuera le mouvement de torsion qui amènera rapidement dans le champ opératoire le ligament large opposé à l'égard duquel on procédera comme pour son congénère.

Ajoutons, que même dans ce cas, où en vertu du petit volume ou de la mobilité du pédicule, on peut agir comme nous venons de l'indiquer sans recourir au morcellement, s'il survenait au cours de l'opération certaines difficultés on aurait toujours la ressource de pratiquer le morcellement.

Si maintenant nous envisageons le cas où on a af-

faire non plus à un petit pédicule mais plutôt à un pédicule volumineux constituant à lui seul une forte tumeur qu'il est impossible d'extraire par le vagin sans la réduire, il faut alors recourir à la méthode de morcellement, en suivant toutes les règles que notre maître M. Péan a indiqué le premier depuis longues années pour l'ablation des fibromes utérins par la voie vaginale.

Après avoir désinséré le col jusqu'au péritoine, comme nous l'avons indiqué ci-dessus, nous n'aurons qu'à effondrer les culs-de-sac vaginaux et faire basculer le moignon ; il s'agit avant tout de le réduire, de l'évider de façon à pouvoir ouvrir facilement les culs-de-sac vaginaux et pratiquer le pincement de la partie supérieure du ligament large.

Voici comment on procède :

Le col de l'utérus une fois libéré, et deux premières pinces placées sur le ligament large, on saisit fortement le col à l'aide de deux pinces de Museux, puis on introduit une longue sonde cannelée dans la cavité cervicale qui va servir de guide pour la section bilatérale du col. Cette section peut être opérée soit à l'aide de longs ciseaux droits dont on glisse une des branches le long de la rainure de la sonde cannelée ; soit à l'aide d'un long bistouri droit qu'il ne faut pas craindre d'enfoncer profondément et de faire mordre largement à droite et à gauche. Il est préférable de pratiquer la section du col en deux valves : l'une antérieure et l'autre postérieure suivant la méthode de M. Péan, que de suivre une autre mé-

thode, celle de Müller qui consiste à faire deux valves latérales droite et gauche. En effet, dans le procédé de M. Péan, on ne risque de blesser aucun organe important, la vessie et le rectum seront sûrement respectés ; dans l'autre méthode, la possibilité de pareils accidents doit faire préférer la première à la seconde.

Après la section bilatérale du col, un mouvement de descente et de réduction de la tumeur est déjà appréciable à la main, c'est en effet la première phase du morcellement. A ce moment une des valves est confiée provisoirement à un aide ; sur l'autre vont commencer les manœuvres de morcellement. L'opérateur tirant de la main gauche la valve utérine placée à quelques centimètres au dessus de la première pince de Museux, une seconde pince de même nature ; ceci fait, d'un coup de ciseaux courbe il enlève la portion de l'organe située au-dessous de la deuxième pince, puis il replace une nouvelle pince de Museux au-dessus de la seconde, sectionne au-dessous et ainsi de suite.

Point important, il ne faut jamais sectionner sans avoir au-dessus une pince, car de cette façon on évite le retrait de la portion restante de l'organe que l'on a ainsi toujours sous les yeux et dans la main.

On procédera de la même façon avec l'autre valve utérine.

Ces premiers temps du morcellement de l'opération sont d'une exécution d'autant plus facile qu'ils sont faits avec méthode. Les premières pinces mises sur

les ligaments larges ont assuré l'hémostase. A partir de ce moment il reste dans le champ opératoire une large surface de tissu utérin sur laquelle il semble qu'on ait plus de prise ; c'est alors qu'il faut combiner l'évidement au morcellement : on saisit alors le centre du moignon à l'aide d'une forte pince de Museux puis avec un long bistouri courbe on entame à fond et tout autour de la pince, sauf en un point où restera un point de substance qu'on pourrait appeler, de raccordement, pour pouvoir reprendre plus haut à l'aide d'une seconde pince de Museux. Ceci fait on procède pour la seconde pince comme nous venons de l'indiquer pour la première.

Cet évidement du centre de la tumeur se fait sans hémorragies et permet l'abaissement progressif de ce qui reste du moignon. On aura eu la précaution de faire marcher parallèlement au morcellement le pincement du ligament large par étages, en échelon à l'aide de pinces languettes à mors languets (pinces Péan).

La masse ainsi attaquée et morcelée par son centre, ne tardera pas à être réduite à une véritable coque qu'il sera facile d'amener dans le champ opératoire. C'est à ce moment là qu'il sera facile de pratiquer l'ouverture des culs-de-sac si l'on n'a pas pu le faire auparavant.

Cette manœuvre aura pour but de préparer la fin de l'opération.

La bascule du moignon, sa torsion, le pincement de la partie supérieure du ligament large, assurent

l'hémostase et dès lors l'ablation de la partie supérieure du moignon, des trompes et des ovaires sera faite sans crainte d'hémorrhagie.

Nous sommes ainsi arrivés à la fin de l'opération.

La malade sera couchée sur le dos.

Le vagin lavé à plusieurs reprises avec une solution de sublimé. Il ne reste qu'à compléter l'hémostase au niveau de la surface de section qui saigne en nappe sur quelques points; pour cela on se sert de pinces ordinaires.

Regarder si les pinces mises au courant de l'opération n'ont pas lâché.

Une sonde à demeure pourvue de son fosset est laissée dans l'urètre.

On fait alors le tamponnement du vagin avec de la gaze ou des éponges iodoformées.

On entoure ensuite les pinces d'une couche d'ouate hydrophile qu'on maintient à l'aide d'un bandage en T.

Le pansement vaginal est terminé. On procède à la suture définitive du quart inférieur de la plaie abdominale après avoir enlevé des pinces que l'on avait laissées pour obtenir son occlusion provisoire.

Un détail important et que nous avons omis en parlant de la suture provisoire est celui de ne prendre avec les pinces que les extrémités des fils, car si au contraire on les appliquait au centre de l'anse, les fils deviendraient seccables. Ce qui serait ennuyeux.

Suites opératoires.

On aura soin de coucher la malade dans une chambre isolée, les jambes pliées sur un coussin, le siège relevé par un autre coussin afin que les pinces ne touchent le plan du lit.

On défendra à la malade de faire des mouvements.

Toutes ces précautions sont d'une importance capitale, car un faux mouvement pourrait occasionner le déclanchement d'une ou plusieurs pinces ; une hémorragie s'en suivrait, accident qui, on le comprend, serait des plus fâcheux. Le tamponnement fait dans ces conditions serait très difficile vu le nombre considérable des pinces.

Une perte de sang, fût-elle minime, produirait un affaiblissement considérable de la malade et compromettrait de beaucoup le succès opératoire.

La malade sera surveillée, on la fera uriner régulièrement toutes les deux heures ; la température sera prise matin et soir, si celle-ci montait et si en même temps on observe un peu de ballonnement du ventre, on appliquera des vessies de glace à demeure. Soutenir la malade avec du vin blanc coupé d'eau de Vichy, du champagne, de l'alcool.

Les pinces ne seront retirées qu'au bout de 48 heures, une par une et sans efforts, 8 heures après on enlèvera les tampons.

Immédiatement après, faire un premier lavage au sublimé qu'on continuera régulièrement 3 fois par

jour. Introduire dans la cavité vaginale, légèrement, une mèche de gaze iodoformée.

Il est utile d'administrer un lavement à ce moment pour vider le rectum distendu par les matières fécales et les gaz dont la présence fait le plus souvent souffrir la malade.

CHAPITRE V

INDICATIONS DE LA MÉTHODE

L'hystérectomie abdomino-vaginale est employée par le Docteur Péan dans les cas de gros fibromes utérins ayant envahi le col.

Elle est donc, dans la pensée de notre maître, destinée à remplacer l'hystérectomie abdominale totale.

Mais ce n'est pas à dire que ce soit là la seule indication.

On pourrait en effet la substituer à tous les cas où l'hystérectomie partielle est indiquée. Elle n'est pas plus grave qu'elle, elle n'est pas beaucoup plus longue, et par contre elle ne laisse aucun foyer, soit d'hémorrhagie, soit d'infection, puisque le pédicule est enlevé.

Pour nous donc, en présence d'un fibrome utérin la règle à suivre est la suivante :

1° Si la tumeur est petite, si l'utérus est mobile, facilement abaissable, hystérectomie vaginale totale, ce que notre maître appelle castration utérine.

2° Si la tumeur est volumineuse, tout en étant mobile, l'hystérectomie abdomino-vaginale.

3° Si la tumeur est de moyen volume, de préférence l'hystérectomie abdomino-vaginale, qui supprime toutes les causes d'accidents.

Avantages de l'hystérectomie abdomino-vaginale.

Cette méthode offre en effet la facilité de l'hystérectomie partielle tout en étant dégagée de ses ennuis, soit que l'on fixe le pédicule à la paroi abdominale soit qu'on le laisse dans la cavité.

Si la myotomie par morcellement allonge la durée de l'opération, on nous accordera que l'extraction du pédicule que nous préconisons est moins longue que par la méthode abdominale.

En dehors de ces deux avantages : facilité d'exécution et brièveté dans la durée de l'opération — avantages précieux dans toute opération sur l'abdomen — nous n'avons plus à craindre des complications inhérentes aux autres méthodes, c'est-à-dire : hémorrhagie, sphacèle partiel du moignon, fistule vagino-abdominale, éventration, sans parler de la difficulté parfois insurmontable d'attirer le moignon à la paroi, si on opte pour le traitement péritonéal du pédicule. Si au contraire on veut laisser le pédicule dans la cavité abdominale (Traitement intra-péritonéal) : là encore des complications seront à redouter : toujours les hémorrhagies plus fréquentes encore dans ce cas, puis l'infection par la cavité cervicale pour peu que la muqueuse n'ait point été cautérisée suffisamment.

Cette infection peut aussi se déclarer autour d'un des nombreux fils qu'il aura fallu laisser pour les sutures.

Il en résultera des abcès quelquefois multiples qui donneront peut-être lieu à une nouvelle intervention ou qui tout au moins pourra occasionner une péritonite mortelle. Pour nous donc, l'hystérectomie partielle, ne saurait être comparée à l'hystérectomie abdomino-vaginale que nous préconisons.

Il nous sera peut-être plus difficile d'amener à nous les partisans de l'hystérectomie abdominale totale. Toutefois nous espérons que la méthode de M. Péan ralliera à elle bon nombre de chirurgiens, quand ils auront vu sa facilité d'exécution et surtout ses résultats encourageants.

Cette méthode, disons-nous, est plus facile à appliquer que l'hystérectomie abdominale totale. Cette assertion résulte de la comparaison du manuel opératoire de ces deux méthodes.

Pour mener à bien une hystérectomie totale abdominale, il faut être habile, il faut même quelquefois avoir recours à un instrument spécial imaginé par Chrobak ; en tout cas un aide est nécessaire pour repousser les culs-de-sac vaginaux et les présenter au chirurgien, tout cela pour éviter de blesser la vessie, l'uretère ou le rectum.

M. Péan a pratiqué l'hystérectomie abdominale totale un certain nombre de fois depuis 1869 (*Union médicale*) et depuis quelque temps il a abandonné

cette méthode pour la remplacer par celle que nous préconisons.

Deux raisons l'ont contraint : 1° Si d'une part on se sert de pinces pour assurer l'hémostase, ces pinces introduites soit par le vagin, soit même par l'abdomen, gênent l'opérateur en couvrant le champ opératoire ; 2° si d'autre part on traite l'hémostase par les ligatures, il est difficile de les placer convenablement ; quelquefois impossible au fond de la plaie opératoire, souvent même il arrive que le chirurgien en dégagant le col, coupe ces ligatures d'où hémorrhagie qu'il est difficile d'arrêter.

Au contraire l'hystérectomie totale par la méthode combinée est devenue en quelque sorte facile.

La plus grande partie de la tumeur a été enlevée par l'abdomen, il reste le pédicule. N'est-il pas naturel de l'enlever par le vagin puisque nous savons que l'hystérectomie bien conduite d'après la méthode de notre maître (c'est-à-dire par morcellement) est une opération sans gravité, relativement facile, sans danger immédiat pour la malade, c'est-à-dire une opération sans hémorrhagie possible.

Cette assertion rencontrera certainement des contradicteurs peut-être nombreux, mais nous croyons que ceux-là ne pratiquent pas l'opération telle que M. Péan l'a réglée.

Si les chirurgiens qui opèrent par le vagin étaient fidèles aux notions que nous avons reproduites dans le cours de ce travail, ils n'auraient plus à craindre les hémorrhagies qu'ils redoutent tant.

De toutes les observations que nous publions à la fin de notre mémoire, observations que nous devons à l'obligeance de notre bienveillant maître, une seule fait mention d'hémorrhagie.

Si donc nous résumons les avantages de la méthode de Péan, nous dirons :

Bien supérieure à l'hystérectomie abdominale partielle qui d'ailleurs n'a pas la prétention de remplir le but que l'hystérectomie totale envisage, l'hystérectomie abdomino-vaginale est supérieure à l'hystérectomie abdominale totale.

Cette supériorité, elle la doit à sa facilité d'exécution et à la sécurité qu'elle donne au chirurgien contre l'hémorrhagie précoce ou tardive.

Une seule méthode pourrait être préférée à celle que nous préconisons, c'est l'hystérectomie vaginale totale ; mais cette dernière opération, qui serait notre règle de conduite quand le fibrome ne dépasserait point le volume d'une tête de fœtus à terme, cette opération, disons-nous, serait écartée et remplacée par sa sœur, si l'on peut dire : par l'hystérectomie abdomino-vaginale, quand le volume de la tumeur atteindrait le niveau de l'ombilic.

Une autre question autrement importante se pose ; pouvons-nous dans tous les cas faire l'hystérectomie abdomino-vaginale ?

En d'autres termes n'y-a-t-il pas de contre-indications à cette opération ? Nous avons entendu M. Péan s'en dire plusieurs fois à l'hôpital : « Presque tous les cas sont passibles de la méthode et très rarement on est

obligé d'avoir recours à l'hystérectomie abdominale totale. Ce sera quand les ligaments larges, épaissis, indurés seront fixés très haut dans la fosse iliaque, ne permettant pas au chirurgien d'abaisser suffisamment le moignon utérin ».

Cette restriction nous montre une fois de plus que l'opération de choix, pour M. Péan comme pour nous, sera l'hystérectomie abdomino-vaginale, tandis que l'hystérectomie abdominale totale ne sera que l'opération de nécessité.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — M^{me} D. âgée de 58 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Denonvilliers le 3 janvier 1891.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 15. Mariée à 22 ans, un enfant. Ordinairement bien portante.

Début. — Il y a 3 ans la malade commence à souffrir du ventre et va consulter plusieurs collègues qui lui proposent la castration ovarienne, à laquelle elle se refuse.

Depuis un an la tumeur s'accroît rapidement ; on voit apparaître en même temps de l'albumine dans les urines.

A l'examen nous trouvons une tumeur énorme, remplissant presque toute la cavité abdominale.

Cette tumeur est dure, irrégulière.

OPÉRATION. — Le 17 janvier 1891 : Incision de la paroi abdominale.

Nous retirons 4 litres d'ascite.

Le reste de l'opération est pratiquée suivant la méthode combinée.

Durée de l'opération 45 minutes.

Suites excellentes.

La malade sort de l'hôpital complètement guérie le 21^{me} jour et est revenue nous voir au mois de juillet dernier bien portante.

OBSERVATION II. — M^{me} S. âgée de 48 ans, entre à l'hôpital Saint Louis. Salle Denonvilliers le 4 mars 1871.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Régée à 12 ans. Non mariée. Ordinairement bien portante.

Début. — Il y a 6 mois, la malade dit avoir eu des symptômes d'occlusion intestinale ; le médecin consulté fit à cette époque le diagnostic d'un fibrome sur le côté gauche de l'utérus. Métorrhagies et névralgies iléo-lombaires depuis.

A l'heure actuelle nous trouvons une tumeur fibromateuse présentant le volume d'une tête de fœtus à terme, bilobée.

Les métorrhagies continuent et les souffrances qui s'accroissent de jour en jour, et les phénomènes de compression qui menacent la vie de la malade nous décident à intervenir.

OPÉRATION. — Le 20 mars. Après avoir incisé la paroi abdominale nous apercevons le fibrome qui a pris naissance sur le corps de l'utérus (côté gauche). Il nous a été très facile de l'attirer au dehors car nous n'avons pas d'adhérences.

On place une ligature près du col que nous voyons envahi de fibromes interstitiels dès lors nous nous décidons à l'enlever par le vagin après avoir enlevé toute la portion de la tumeur situé au-dessus de notre ligature élastique.

Nous plaçons suivant notre habitude un lien métallique au-dessus de la ligature élastique qui est alors enlevée. Le moignon est réduit dans le ventre et la place abdominale fermée à l'aide de plans de sutures, ce premier temps a duré 40 minutes.

La malade est placée sur le côté gauche et le col enlevé par la voie vaginale préalablement antiseptisée. Durée 7 minutes.

L'opération a été en somme des plus faciles, puisque nous avons pu extirper la tumeur complètement en 47 minutes.

Le 25. Légère ascension thermométrique 38°.

Le 22 la malade n'a que 37° 8 et à partir du 23 la température reste normale.

Guérison complète au bout de 20 jours.

Nous l'avons revue dernièrement bien portante.

OBSERVATION III. — Madame F. âgée de 52 ans entre dans notre service à l'hôpital Saint-Louis. Salle Denonvilliers n° 17, le 21 avril 1891.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans ; mariée à 26 ans ; pas d'enfants. Dans son jeune âge bien portante.

Début. — La tumeur fut reconnue il y a six mois à la suite de poussées de pelvi-péritonite auxquelles elle a failli succomber. Les névralgies intenses et les métrorrhagies co-utérines l'ont obligé de garder le lit depuis cette époque.

A l'examen nous trouvons une tumeur formant corps avec l'utérus du volume d'une tête de fœtus à terme, unique. La tumeur se développe rapidement.

La malade se plaignait de douleurs, qui concordant avec le développement de la tumeur, nous nous décidons à pratiquer son ablation le 3 mai 1891. D'après notre méthode abdomino-vaginale.

OPÉRATION. — Antisepsie vigoureuse de la cavité vaginale, ensuite de la paroi abdominale (sublimé au 1/1000, alcool).

Incision de la paroi à partir du pubis jusqu'à l'ombilic. Nous attirons au dehors la tumeur qui est enflammée et envoie des prolongements, dans les ligaments largement et même au fond des fosses iliaques. Quelques adhérences sont sectionnées entre deux pinces. Ligature élastique. La portion de tumeur située au-dessus est enlevée par morcellement ; lien métallique immédiatement au-dessus du lien élastique qui est enlevée. Le moignon scrupuleusement antiseptisé est réduit.

Fermeture provisoire de la paroi abdominale.

Le vagin antiseptisé de nouveau (sublimé) nous procédons comme d'habitude à l'extirpation du pédicule.

Cette partie de l'opération demande à peine 7 minutes.

Durée totale de l'opération, 45 minutes.

Pas de fièvre les jours suivants.

La malade vient nous revoir dans notre service le mois de mai dernier bien portante.

OBSERVATION IV. — 5 janvier 1888. Médecin consultant M. le Dr Jouin. *Fibromes multiples du corps utérin. Kystes des ovaires, des trompes et des ligaments larges. — Guérison.*

M^{me} T. âgée de 48 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans. Mariée à 18 ans, 4 enfants.

Débuts. — Il y a deux ans la malade est prise de névralgies abdominales intenses; à ce moment la tumeur est reconnue. Elle se développe rapidement depuis un an, si bien qu'elle donne lieu à des phénomènes de compression (dyspepsie, constipation, etc).

OPÉRATION. — Après incision de la paroi abdominale, nous reconnaissons une tumeur énorme, mi-solide mi-liquide, remontant à l'épigastre et s'étendant jusqu'aux hypochondres.

Nous retirons par ponction deux litres de liquide jaunâtre.

Les fibromes varient depuis le volume d'une pomme jusqu'à celui d'une tête de fœtus à terme et même d'adulte. Les trompes et les ovaires sont kystiques. L'épiploon adhère au fond de l'utérus est disséqué.

Nous enlevons ensuite le kyste ovarique présentant le volume d'une tête de fœtus à terme, non sans quelque difficulté.

A ce moment nous apercevons le col de l'utérus, farci lui aussi de fibromes interstitiels.

Pincement et détachement du ligament large droit le plus loin possible.

L'utérus est alors libéré : nous appliquons sur le col un lien élastique et nous excisons toute la partie de l'utérus au-dessus. Nous lions ensuite le ligament large au-dessous des pincés en ménageant les uretères, le rectum et le cœcum, et procédons à la résection du ligament, après quoi il est réduit dans le ventre.

Il nous reste un moignon très gros ; nous l'évidons après avoir remplacé la ligature élastique par un lien métallique tordu à l'aide d'un serre-nœud jusqu'à le rompre à un centimètre en dehors.

Nous réduisons le moignon dans le ventre.

Fermeture provisoire de la plaie abdominale par deux plans de suture.

Pendant l'opération, hémorrhagie insignifiante. Le péritoine n'a pas eu besoin de toilette.

La malade est mise dans la position latérale gauche ; le vagin bien lavé, nous extirpons le moignon par cette voie.

La plaie abdominale est définitivement fermée et pansée.

Durée de l'opération : une heure.

Pas de réaction fébrile.

La malade retourne chez elle le 18^{me} jour, complètement guérie.

Depuis lors santé parfaite.

OBSERVATION V. — 28 avril 1888. Médecin consultant M. le Dr BILLIÈRE. *Fibromes multiples. Kystes des ligaments et des trompes. Guérison.*

M^{me} B, âgée de 30 ans :

Antécédents personnels. — Petite, amaigrie. Réglée à 12 ans. Mariée à 22 ans, 2 enfants dont un vivant. Souffre depuis 12 ans de névralgies iléo-lombaires.

Début. — Reconnu il y un an à la suite de métrorrhagies.

A cette époque la tumeur remontait jusqu'à l'épigastre; aujourd'hui elle remplit l'abdomen et le bassin donnant ainsi lieu à des phénomènes de compression.

La malade respire mal et la marche lui est impossible.

Elle est émaciée et ne s'alimente que difficilement.

OPÉRATION. — Peu d'ascite.

L'épiploon adhérent à la face antérieure de la tumeur est pincé et disséqué (six pinces, cinq ligatures).

La tumeur est morcelée.

Le col est farci de fibromes interstitiels, ce qui nous décide à l'extraire par le vagin.

Durée de l'opération une heure.

La tumeur pèse 22 kilog.

Depuis lors la malade se porte bien.

OBSERVATION VI. — 15 mai 1888. Médecin consultant M. le Dr DAMASCHINO. *Fibromes multiples du corps utérin. Guérison.*

M^{me} E., âgée de 38 ans.

Antécédents personnels. — Grande, amaigrie. Réglée à 17 ans. Mariée à 32 ans. Pas d'enfants.

Début. — Reconnu il y a 15 ans à la suite de poussées de péritonite partielle. Depuis, névralgies iléo-lombaires presque continues depuis six ans.

Ménopause depuis cinq ans. A cette époque les métrorrhagies d'abord rares sont devenues presque continues.

La malade est dans l'impossibilité de travailler.

A l'examen nous reconnaissons une tumeur remontant jusqu'à l'épigastre.

OPÉRATION. — Après avoir incisé la paroi abdominale, nous apercevons une tumeur très dure formée de masses multiples, qui prennent naissance sur le fond de l'utérus.

Nous procédons à l'ablation de ces tumeurs pédiculées, après

avoir placé des ligatures successivement de haut en bas; ensuite nous appliquons un lien métallique sur le col.

Ablation du reste de la tumeur.

Le moignon est réduit.

Nous fermons le ventre et procédons à l'extirpation du pédicule par le vagin. Durée 25 minutes.

Suites excellentes: pas de fièvre.

La malade rentre chez elle complètement guérie le 20^{me} jour. Depuis son é parfaite.

OBSERVATION VII. — 30 mai 1888. Médecins consultants MM. les Drs MERCIER et BROCHINI. *Fibrome unique de l'utérus. — Guérison.*

M^{me} T. âgée de 54 ans. *Antécédents personnels.* — Réglée à 18 ans. Toujours très faible. Mariée à 30 ans.

Dit avoir fait deux fausses couches, ne précise pas les dates.

Début. — La malade dit avoir eu des métrorrhagies depuis 12 ans. Névralgies iléo-lombaires.

Les métrorrhagies se sont accentuées depuis 4 ans et à l'heure actuelle elles sont presque continues.

La tumeur se développe rapidement depuis un an.

OPÉRATION. — Après incision de la paroi abdominale nous apercevons une tumeur bosselée, très dure.

L'épiploon est adhérent à l'utérus dans une petite étendue ce qui fait que l'opération est pratiquée sans grande difficulté par notre méthode abdomino-vaginale.

Le moignon est lié en deux moitiés.

Durée de l'opération: une heure. Suites excellentes.

Guérison complète au bout du 25^{me} jour.

Revue depuis, bien portante.

OBSERVATION VIII. — 9 septembre 1888. Médecin consultant
M. le Dr COREAGA. *Fibrome unique du corps utérin. Guérison.*

M^{me} R. âgée de 54 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans. Mariée à 21 ans. Pas d'enfants.

Début. — Reconnu il y a 3 ans, sur le côté droit de l'utérus.

Développement rapide depuis un an.

Les métrorrhagies sont contenues.

Il y a six semaines la malade a failli succomber à une poussée de pelvi-péritonite.

Actuellement la malade accuse des souffrances très vives et respire mal.

OPÉRATION. — L'épiploon adhérent est détaché soigneusement, la tumeur attirée au dehors et libérée non sans difficulté des adhérences contractées avec les intestins. Dissection soignée (six pincés, trois ligatures).

La tumeur est implantée sur le fond de l'utérus à l'aide d'un pédicule de 4 cent. de diamètre. Celui-ci est pincé et taillé en V. Réduction du moignon puis nous l'extirpons par le vagin.

La guérison a été rapide et sans complications.

OBSERVATION IX. — 4 février 1889. Médecin consultant :
M. le Dr RICORD. *Fibromes multiples du corps utérin. Guérison.*

M^{me} N. âgée de 25 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans. Non mariée.

La malade souffre depuis 8 ans de névralgies iléo-lombaires.

Pelvi-péritonite à répétition depuis 2 ans ; en même temps métrorrhagies continues.

Début. — Reconnu il y a un an, la tumeur se développe rapidement depuis six mois.

OPÉRATION. — La tumeur remonte au-dessus de l'ombilic et ne présente pas d'adhérence, pas d'ascite.

Nous procédons à son ablation au-dessus d'une ligature élastique qui est remplacée par un lien métallique. Nous formons ainsi un moignon que nous relevons ensuite par le vagin après avoir enfermé la plaie abdominale.

Pas de fièvre.

Guérie complètement au 20^{me} jour.

Nous avons vu la malade depuis en bonne santé.

OBSERVATION X. — 16 février 1889. Médecin consultant :
M. le Dr THÉVENOT. *Fibromes multiples du corps utérin.* —
Guérison.

Mme C. âgée de 45 ans.

Antécédents personnels. — Très anémiée. Réglée à 14 ans ; non mariée.

Etant enfant elle s'est très bien portée.

Début. — Il y a 16 ans métrorrhagies abondantes. La malade souffre très peu.

OPÉRATION. — Ablation de la tumeur par la voie abdominale.

Le pédicule est traité par la méthode intra-péritonéale.

L'année suivante plusieurs crises de péritonite et nous avons été obligé d'enlever le col par la voie vaginale pour donner issue à un foyer purulent qui s'était formé.

Depuis santé parfaite.

OBSERVATION XI. — 15 mai 1889. Médecin consultant :
M. le Dr MARTINEAU. *Fibromes multiples du col et du corps de l'utérus.* — *Guérison.*

Mme B. âgée de 47 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. Mariée à 20 ans ; pas d'enfants.

Métrorrhagie depuis 4 ans.

Début. — Reconnu il y a 6 ans.

Depuis la malade est sujette à des poussées de pelvi-péritonite.

A l'examen nous trouvons une tumeur remontant un peu au-dessus de l'ombilic.

OPÉRATION. — Ablation par morcellement; fermeture de la plaie abdominale. Extirpation du moignon par la voie vaginale. Fermeture définitive de la plaie abdominale.

Réaction fébrile, légère le 3^{me} jour.

Guérison complète au 17^{me} jour. Revue depuis en bonne santé et toute à ses occupations.

OBSERVATION XII. — 27 janvier 1890. Médecin consultant M. le Dr PIC. *Fibrome unique du corps de l'utérus. Guérison.*

M^{me} L. âgée de 30 ans.

Antécédents personnels. — Petite, très affaiblie. Réglée à 13 ans. Mariée à 20 ans. Un enfant.

Pas d'hérédité.

Début. Depuis 6 ans névralgies iléo-lombaires et métrorrhagies rebelles à tous les traitements médicaux.

Depuis 18 mois, tumeur reconnue dans le corps de l'utérus qui se développe rapidement dans le courant des six derniers mois avant l'opération.

Aujourd'hui la tumeur remplit le bassin et l'abdomen jusqu'aux hypochondres.

OPÉRATION. — Paroi abdominale incisée depuis le pubis jusqu'à l'épigastre (15 pincées).

Pas d'ascite.

Adhérences épiploïques détachées avec soin.

Tumeur attirée au dehors; au moyen de notre gros trocart, courbe, ligature de l'utérus près du col avec deux liens de caoutchouc fixés avec nos pincés hémostatiques.

Ablation de la tumeur jusqu'au près du lieu montrant qu'elle prit naissance sur les deux faces et le fond de l'utérus, qu'elle est interstitielle et multilobée.

Nous voyons ensuite les trompes hypertrophiées, épaissies, étalées à la surface des ovaires kystiques et purulentes.

Après avoir extrait par ponctions le liquide (3 litres chaque), nous détachons les adhérences qui les relieut aux parois du bassin.

Nous enserrons l'utérus et ses annexes au niveau du col et au-dessous du kyste ovarien avec un lien métallique placé au-dessous des liens en caoutchouc qui sont alors enlevés.

Lorsque l'hémostase du moignon est convenablement assurée nous fermons la plaie abdominale en ayant soin que les extrémités des fils au niveau de la partie inférieure de la plaie soient rapprochées et fixées provisoirement à l'aide de nos pinces au lieu d'être nouées.

Nous enlevons ensuite par voie vaginale le col, le moignon et les annexes dont le volume égale celui du poing par notre méthode de morcellement sans trop de difficulté, malgré la dilatation considérable des artères situées dans l'épaisseur du ligament large.

Nous laissons 20 pinces à demeure pendant 48 heures. L'angle inférieur de la plaie abdominale est définitivement suturé.

Les suites opératoires furent excellentes.

La malade rentre chez elle le 19^e jour.

Nous l'avons vue dernièrement bien portante.

OBSERVATION XIII. — 30 janvier 1890. Médecin consultant : M. le Dr FORSTER. *Fibrome unique du corps de l'utérus. Guérison.*

M^{me} L. âgée de 41 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans. Mariée à 21 ans.

Trois enfants.

Crises d'hystérie fréquentes depuis 10 ans.

Il y a 5 ans cette malade a eu des névralgies, des métrorrhagies et de la faiblesse des membres inférieurs.

Crises de pelvi-péritonite et impossibilité de marcher depuis 18 mois.

Début. — Tumeur reconnue il y a un an.

A cette époque elle remontait jusqu'au niveau de l'ombilic.

OPÉRATION. — Paroi abdominale incisée depuis l'épigastre jusqu'au pubis.

L'épiploon adhérent à toute la surface antérieure de l'utérus jusqu'au fond du bassin, fut détaché et rejeté à droite (six pinces).

La portion supérieure de la tumeur fut attirée au dehors à l'aide du grand trocart courbe.

Nous appliquons un lien élastique le plus bas possible près du col et nous procédons à l'ablation par morcellement de la portion située au-dessus de la ligature élastique qui est remplacée par un lien métallique. Cette portion pèse 5 kilogr.

Ensuite nous faisons l'extirpation du col et de tout ce qui constitue le pédicule par la voie vaginale. Fermeture définitive de la plaie abdominale.

Les suites furent excellentes.

Pas de fièvre.

Revue un an après bien portante.

OBSERVATION XIV. — 11 mars 1890. Médecin consultant :
M. le Dr SERVIN. *Fibromes multiples. Guérison.*

M^{me} B. âgée de 35 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans. Un enfant. Très anémiée.

A des métrorrhagies, des névralgies, accidents pour lesquels elle a été traitée depuis six ans sans succès.

OPÉRATION. — Paroi abdominale incisée depuis le pubis jusqu'à l'épigastre. Pas d'ascite. Pas d'adhérences.

Tumeur attirée au dehors à l'aide du gros trocart courbe,

ligature de l'utérus près du col avec un lien de caoutchouc. Ablation de la portion située au-dessus. Nous remplaçons la ligature élastique par une double ligature métallique. Moignon réduit dans le ventre. Fermeture provisoire de la plaie abdominale. Extraction du pédicule par la voie vaginale. Occlusion et pansement définitif de la plaie abdominale.

Durée 45 minutes.

Suites excellentes. La malade rentre chez elle le 20^{me} jour. Revue en bonne santé depuis.

OBSERVATION XV. — Médecin consultant M. le Dr ROYER.

18 mars 1890. *Fibrome du corps de l'utérus et kystes ovari-
ques. Guérison.*

Femme de 56 ans.

Antécédents personnels. — Régée à 15 ans. Métrorrhagies. Névralgies iléo-lombaires depuis 4 ans.

OPÉRATION. — Incision de la paroi abdominale depuis le pubis jusqu'à l'ombilic. Les ovaires sont kystiques. Ponction des kystes (trois litres de liquide.)

La tumeur attirée au dehors. Ligature élastique. Excision de la portion située au-dessus. Ligature métallique. Réduction du moignon. Fermeture provisoire de la plaie abdominale.

Le pédicule est extirpé par le vagin sans grande difficulté, occlusion définitive de la plaie abdominale.

Durée de l'opération 14 1/2.

La malade se lève le 14^{me} jour complètement guérie.

OBSERVATION XVI. — 27 mars 1890. Médecin consultant :

M. le Dr DARSEZ. *Gros fibrome unique du corps de l'utérus.*

Mort.

Mme G. âgée de 30 ans.

Début. — Il y a 5 ans la tumeur fut reconnue sur le côté gauche du ventre.

La tumeur a évolué en 4 ans, son développement rapide donna lieu à des accidents sérieux de compression.

OPÉRATION. — Incision de la paroi abdominale depuis le pubis jusqu'à l'ombilic. Nous cherchons à attirer la tumeur en dehors ce qui nous a été difficile à cause des adhérences nombreuses qu'elle avait contractées avec les organes environnants; une hémorrhagie s'est produite, mais nous avons pu l'arrêter.

La tumeur une fois libérée on applique la ligature élastique; excision: ligature métallique. Réduction du moignon. Fermeture de la plaie abdominale.

Extirpation du pédicule par le vagin.

Les suites de l'opération furent assez bonnes, mais la malade étant dans de très mauvaises conditions avant l'opération, succomba quelques jours après.

OBSERVATION XVII. — 10 avril 1890. Médecin consultant

M. le Dr AVEYRON. *Fibromes multiples du corps de l'utérus.*

Guérison.

M^{me} J. âgée de 50 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans. Mariée à 22 ans. 4 enfants.

Début. — Reconnue il y a 10 ans. Métrorrhagies presque continues depuis 4 ans. Impossibilité de marcher.

OPÉRATION. — Tumeur attirée au dehors. Hystérectomie supra-vaginale. Après ligature élastique près du col, ligature métallique au-dessus. Moignon réduit dans le ventre. Fermeture de celui-ci.

Extirpation du pédicule par la voie vaginale.

La tumeur pèse 6 kilogr.

Durée de l'opération, 1 h. 1/2. Suites excellentes. Nous avons vu la malade bien portante après 18 mois.

OBSERVATION XVIII. — 8 juin 1890. M. le Dr SOLLER, médecin consultant. *Fibromes multiples du corps de l'utérus. — Guérison.*

Femme de 49 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans. Non mariée.

Début. — Tumeur développée depuis 5 ans, époque depuis laquelle elle a été obligée de suspendre tout travail et de s'aliter.

OPÉRATION. — Incision de la paroi abdominale. (Six pinces). Hystérectomie suprà-vaginale après ligature élastique. Lien métallique placé au-dessus de cette dernière qui est enlevée à ce moment. Réduction du moignon. Fermeture de la plaie abdominale. Extraction du pédicule par le vagin.

Durée une heure. Suites excellentes.

Revue depuis en bonne santé.

OBSERVATION XIX. — 21 juin 1890. Médecin consultant : M. le Dr GRITTE. *Fibromes multiples du corps de l'utérus. — Guérison.*

Femme âgée de 48 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Bien portante jusqu'à l'âge de 42 ans. A cette époque elle dit avoir vu apparaître des métrorrhagies accompagnées de névralgies intolérables qui se sont accentuées depuis.

A l'examen, on reconnaît à l'heure actuelle une tumeur atteignant le niveau de l'ombilic offrant tous les caractères d'un fibrome.

OPÉRATION. — Ablation de la tumeur suivant notre méthode abdomino-vaginale.

Pas d'adhérence ; pas d'ascite.

Durée deux heures.

La malade sort complètement guérie le 18^me jour.

Nous l'avons revue 18 mois après bien portante.

OBSERVATION XX. — 8 juillet 1890. Médecin consultant :
M^r le D^r DUPUY, *Fibromes multiples du corps de l'utérus.*
Guérison.

Femme âgée de 52 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans. Mariée à 25 ans.

Début. — Il y a 6 ans métrorrhagies, névralgies iléo-lombaires. La malade souffre tellement qu'elle nous réclame l'intervention chirurgicale.

A l'examen nous trouvons une tumeur dépassant de quelques centimètres le niveau de l'ombilic.

OPÉRATION. — Ablation de la tumeur suivant la méthode abdomino-vaginale sans aucune difficulté.

Durée de l'opération, une heure.

Suites excellentes.

Revue 16 mois après en bonne santé.

OBSERVATION XXI. — 23 Octobre 1890. Médecin consultant M. le D^r MAUREL, *Gros fibrome du corps de l'utérus*
Guérison.

Femme âgée de 52 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 18 ans.

Début. — Souffre depuis 8 ans, métrorrhagies et névralgies iléo-lombaires.

A l'examen nous trouvons une tumeur remplissant le ventre jusqu'aux hypochondres donnant lieu à des accidents sérieux de compression.

OPÉRATION. — Nous pratiquons l'ablation de cette tumeur

suivant notre méthode combinée. Pas d'adhérences; pas d'ascite.

L'opération ne présente aucune difficulté.

Durée de l'opération 1 h 1/4.

Suites excellentes. Nous avons revu la malade 18 mois après en parfaite santé.

OBSERVATION XXII. — 6 janvier 1891. Médecin consultant
M. le Dr RAIMONDI. *Fibromes multiples du corps de l'utérus*
Guérison.

Femme âgée de 47 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans. Mariée à 25 ans, 3 enfants.

Ordinairement bien portante jusqu'à il y a 11 ans, époque à laquelle elle commence à souffrir du ventre.

Plusieurs poussées de pelvi-péritonite.

Névralgies et métrorrhagies abondantes depuis le début de la tumeur qui se développe rapidement depuis 6 mois, donnant lieu à des accidents qui décident la malade à se faire opérer.

OPÉRATION. — Ablation de la tumeur suivant notre procédé par voie combinée.

Durée une heure.

Pas de fièvre.

Les suites ont été excellentes.

Depuis lors la malade se porte bien.

OBSERVATION XXIII. — 7 avril 1891. Médecin consultant:
M. le Dr Costa. *Fibrome multilobé volumineux du corps*
utérin. Guérison.

Femme âgée de 47 ans. Espagnole.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. Très anémiée. Pas d'enfants.

Bronchite chronique il y a 8 ans. Actuellement emphysème pulmonaire.

Depuis 4 ans dyspepsie et hémorroïdes.

Début. — Il y a 3 ans la malade est prise du côté du ventre qui l'oblige à aller consulter un médecin qui fait à cette époque le diagnostic de kyste uniloculaire de l'ovaire.

Il y a 18 mois poussée de péritonite, vomissements, inanition!

A l'examen nous trouvons une tumeur un peu plus volumineuse qu'une tête de fœtus à terme.

OPÉRATION. — Paroi abdominale incisée depuis le pubis jusqu'à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic (seize pincés).

Nous nous trouvons en présence d'une tumeur fibreuse multilobée ayant contracté des adhérences avec le péritoine pariétal et l'épiploon.

L'opération est assez difficile (20 pincés, 3 ligatures). Après ablation complète de la tumeur nous fermons le ventre par deux points de suture en ayant soin comme nous avons toujours l'habitude de ne pas nouer les fils de l'angle inférieur de la plaie. Pincement provisoire.

Dans un deuxième temps nous enlevons le moignon suivant notre méthode d'hystérectomie vaginale.

L'opération a duré une heure.

Les suites opératoires se sont bien passées, pas de fièvre. Nous avons revu la malade depuis en très bonne santé.

OBSERVATION XXIV. — 7 juin 1891. Médecin consultant

M. le Dr MENIER. *Fibromes multiples du corps de l'utérus. Guérison.*

M^{me} D. âgée de 25 ans, de nationalité autrichienne ; grande amaigrie.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans règles normales et régulières ; mariée à 19 ans : deux enfants après sa dernière couche, la malade commença à souffrir de névralgies iléo-lombaires et est sujette à des pertes sanguines fréquentes.

Quelques poussées de péritonite depuis 3 ans. Il y a 6 mois

quelques abcès se forment et s'ouvrent dans la vessie et le rectum.

OPÉRATION. — Après l'incision de la paroi abdominale nous voyons une tumeur adhérente au péritoine pariétal et à l'épiploon dont les veines sont fortement dilatées.

Dissection minutieuse de la tumeur ; les vaisseaux nous faisant craindre une hémorrhagie, nous avons placé des ligatures en chaîne.

Le fibrome remontait jusqu'au réseau des hypochondres ; nous l'excisons par morcellement après avoir placé trois liens métalliques de haut en bas dans les intervalles desquels nous plaçons des ligatures élastiques. Ces ligatures n'ayant pas suffi à l'hémostase, nous nous voyons obligé d'appliquer un lien métallique très fortement serré autour des ligaments et du col de l'utérus, en ayant soin de passer au-dessous des annexes et de la vessie. C'est à ce moment que nous excisons tout ce qui reste de corps utérin au-dessus du lien. La plaie abdominale est fermée après antiseptie rigoureuse du moignon ; pincement provisoire. La malade est couchée dans la position latérale gauche ; le vagin est à nouveau désinfecté, après quoi nous procédons à l'extirpation du pédicule par cette voie.

L'opération a duré une heure et demie.

Les suites furent des plus heureuses et la malade guérie complètement au bout du 18^{me} jour : nous l'avons revue seize mois après en très bonne santé.

OBSERVATION XXV. — 17 juin 1891. Médecin consultant :
M. le Dr ADMIAU. *Gros fibrome unique du corps de l'utérus. Guérison.*

Femme âgée de 35 ans.

Antécédents personnels. — Egyptienne petite, très nerveuse ; réglée à 11 ans, mariée à 15 ans ; quatre enfants.

Début. — Reconnue il y a 7 ans à la suite de névralgies iléo-lombaires et métrorrhagies abondantes qui l'ont débilitée pro

fondement. A cette époque elle commença à digérer mal, vomit souvent et la marche lui est devenue impossible.

OPÉRATION. — Incision de la paroi abdominale qui saigne beaucoup (hémophile, 15 pinces). Il n'y a ni ascite, ni adhérences, de sorte qu'il nous a été facile de faire l'ablation de la tumeur par le ventre. Fermeture provisoire. Extirpation du pédicule par la voie vaginale.

Durée totale de l'opération 45 minutes.

Les suites opératoires ne laissèrent rien à désirer ; pas de fièvre.

Nous revoyons la malade 16 mois après bien portante.

OBSERVATION XXVI. — 16 décembre 1891. Médecin consultant: M^r le D^r Puig. *Fibromes multiples du corps utérin. Guérison.*

Algérienne âgée de 40 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans ; mariée à 19 ans.

Début. — La tumeur fut reconnue il y a 10 ans à la suite de métrorrhagies abondantes.

Depuis 3 ans, la malade souffre de névralgies : quand je la vis à cette époque, la tumeur remontait jusqu'au niveau de l'ombilic.

Il y a un an plusieurs poussées de pelvi-péritonite ; la marche devient impossible, la malade est obligée de garder le lit et les souffrances se font de plus en plus intolérables.

En présence de ces accidents qui menacent la vie de notre malade, nous nous décidons à intervenir.

OPÉRATION. — Incision de la paroi abdominale épaissie ; nous trouvons une tumeur remplissant l'abdomen remontant jusqu'aux hypochondres ; pas d'adhérences avec le péritoine ; ligatures élastiques au niveau du col.

Ablation par morcellement de la tumeur.

Ligature métallique immédiatement au-dessus du lien élas-

tique qui est relevé. Nous apercevons le col farci de fibromes et tellement hypertrophié que nous le séparons des adhérences contractées avec la vessie et le rectum, après quoi nous fermons le ventre.

Le vagin est lavé soigneusement et nous pratiquons selon notre méthode l'extirpation du pédicule par cette voie.

Durée totale de l'opération : une heure.

Suites opératoires excellentes ; une légère fièvre survient du 5^e au 9^e jour, causée par une pneumonie atténuée. Depuis la malade se porte très bien.

OBSERVATION XXVII. — Médecin consultant : Dr KRAS-
SOUSKI. *Gros fibrome unique du corps utérin. Guérison.*

Femme de 40 ans.

Antécédents personnels. — Petite, très nerveuse, anémique. Réglée à 14 ans, non mariée.

Plusieurs crises de manie aiguë depuis 18 mois.

Début. — Reconnu depuis 6 mois à la suite de névralgies iléo-lombaires et de métrorrhagies abondantes.

A l'heure actuelle la malade présente des phénomènes de compression (constipation, vomissements répétés).

OPÉRATION. — Incision de la paroi abdominale ; nous apercevons une tumeur grosse, fluctuante sur quelques points, en voyant quelques prolongements surtout un très gros dans le ligament large droit. Une ligature élastique est placée aussi bas que possible, près du col.

La portion de tumeur située au-dessus du lien est enlevée par morcellément.

La ligature élastique est remplacée par un lien métallique fortement serré au-dessous des ovaires et des trompes. La plaie abdominale est fermée provisoirement.

Malade couchée dans la position latérale gauche ; antiseptie rigoureuse du vagin ; extirpation du pédicule par cette voie ;

pansement vaginal ; fermeture définitive de la plaie abdominale. Durée totale de l'opération, une heure.

Les jours suivants la température, a monté à 37° 9, 38° ; rien de spécial autrement.

Guérison complète au 19^me jour.

Nous avons revu la malade en très bonne santé.

OBSERVATION XXVIII. — *Congrès de Chirurgie, 1891.*

M. le D^r BOULLY. Une femme de 40 ans, de bonne santé habituelle, sans antécédents utérins, est atteinte depuis le mois de juin 1890 de ménorrhagies. M. Berger reconnaît l'existence d'un cancer ulcéré du col et d'un fibrome du corps. Un examen pratiqué sans chloroforme permet d'établir que les culs-de-sac vaginaux sont libres et qu'il n'y a pas de propagation aux ligaments larges. La malade d'ailleurs ne souffrait pas, fait très important au point de vue de l'extension du cancer aux organes voisins. La présence du fibrome devait faire écarter d'emblée toute opération partielle ; l'hystérectomie vaginale menée par morcellement devant être rejetée également en raison de l'inextensibilité du vagin et du volume du fibrome.

On était donc dans la nécessité ou de laisser la malade sans opération ou de faire l'extirpation totale. Nous reculâmes devant l'opération de Freund et nous arrêtâmes le plan opératoire suivant : faire d'abord une hystérectomie sus-vaginale et extirper ensuite le moignon utérin par le vagin. C'est ce qui fut fait le 26 février 1891. L'hystérectomie abdominale ne présente aucune difficulté ; l'extirpation par le vagin fut plus laborieuse, mais s'effectua néanmoins. La malade était guérie le 25 juin.

OBSERVATION XXIX. — *Lyon médical* du 18 octobre 1891.

M. le Dr GOULLIQUET. *Extirpation vaginale du pédicule de l'hystérectomie abdominale.*

Résumé de l'observation :

Femme âgée de 41 ans, tisseuse, entrée à l'hôpital le 11 août 1891, service de M. le Prof. Laroyenne.

Réglée à 12 ans. Pas d'enfants ni d'avortements. Bonne santé habituelle. Au mois de mars 1891 ses règles deviennent abondantes, durent 10 jours, cessent pendant 15 jours, et reviennent forçant la malade à s'aliter. Pas d'anémie. La malade se plaint de névralgies iléo-lombaires, ainsi que dans la cuisse droite.

A l'examen on reconnaît un fibrome du corps utérin remontant vers l'ombilic, irrégulier et dans le cul-de-sac de Douglas, plus à droite une autre tumeur dont la nature n'a été précisée qu'au cours de l'opération.

OPÉRATION. — Le 17 août. Incision abdominale arrivant au-dessus de l'ombilic; on aperçoit la tumeur dont l'ablation a été laborieuse à cause des adhérences qu'elle avait contractées par sa face postérieure. Le lien élastique ne peut être appliqué, le moi-gnon du col étant trop court; de chaque côté du col on applique une pince longue sur le point où l'artère interne l'aborde. L'abdomen n'est pas fermé et on procède à l'extirpation vaginale du pédicule, ce dernier temps a duré dix minutes, pas d'hémorrhagies.

Pansement avec le Mikulicz. Suites opératoires excellentes.

La malade quitte l'hôpital le 12 septembre.

CONCLUSIONS

1° L'hystérectomie abdomino-vaginale est l'opération de choix, dans les cas de gros fibromes utérins ayant envahi le col. Il n'y a d'exception que si les ligaments larges sont fixés aux fosses iliaques, et par suite le pédicule impossible à abaisser.

2° Cette opération pourrait être appliquée aux fibromes plus petits ainsi qu'aux fibromes compliqués de cancer du col; dans tous les cas il faut distinguer :

a) Si le fibrome est plus petit qu'une tête de fœtus à terme: Hystérectomie totale vaginale.

b) Si le fibrome atteint le volume d'une tête de fœtus à terme et le col n'est pas envahi: Hystérectomie supra vaginale avec fixation du pédicule à la paroi abdominale.

c) Cette opération pratiquée par Péan (le 5 janvier 1888) consiste en deux temps distincts.

3° Hystérectomie abdominale supra vaginale.

4° Morcellement par le vagin, du pédicule.

5° Cette opération enlevant tout le mal est une opération idéale, par conséquent supérieure aux hystérectomies partielles.

6° Elle est supérieure à l'hystérectomie abdominale totale, parce qu'elle expose moins aux hémorrhagies (1 seul cas sur 28)

Ces avantages ressortent clairement des observations précédentes :

Durée de 25 minutes à 2 heures.

Facilité opératoire. Pas de sang qui aveugle.

Pas d'hémorrhagies tardives.

Pas de sutures difficiles à bien placer au fond de la plaie abdominale.

Vu : le président de la thèse.

TILLAUX

Vu : le doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I. — Introduction	5
— II. — Historique.	9
— III. — Critique des autres méthodes.	13
— IV. — Manuel opératoire.	24
— V. — Indication de la méthode.	59
Observations.	57
Conclusions.	69

